

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1934-1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PRÉSENTÉE PAR

GROS André Jean

. né le 25 juin 1909, à Lafat (Creuse)

La
pendaison accidentelle

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
20, RUE DELAMBRE, PARIS (XIV^e)

1935

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1934-1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

GROS André Jean

né le 25 juin 1909, à Lafat (Creuse)

La pendaison accidentelle

Président : M. BALTHAZARD, Professeur

IMPRIMERIE « LABOR »
20, RUE DELAMBRE, PARIS (XIV^e)

1935

LE DOYEN : M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPEL.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Pathologie médicale	BENARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	de GAUDART d'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBE (Henri).
Obstétrique	LACOMME.



Obstétrique	LANTUEJOUL.
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIE.
Pathologie chirurgicale	SENEQUE.
Pathologie expérimentale	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.
Hydrologie.	BESANÇON.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

Pathologie chirurgicale	MM. ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

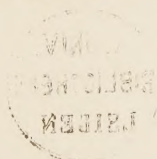
ANNEXE, A TITRE PERMANENT

Clinique médicale	MM. ABRAMI.
Clinique médicale	ALAJOUANINE.
Clinique médicale	AUBERTIN.
Clinique médicale	BRULE.
Clinique médicale	CHABROL.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DONZELOT.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	LIAN.
Clinique médicale	VALLERY-RADOT (Pasteur)
Clinique médicale	SEZARY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	BROCQ.
Clinique chirurgicale	CADENAT.
Clinique chirurgicale	CATELLIER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MOURE.
Clinique chirurgicale	QUENU.
Clinique chirurgicale	VELTER.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale	GUENIOT.
Clinique obstétricale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.
Clinique obstétricale	ECALLE.

V. — CHARGES DE COURS

Education physique	MM. CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.
Stomatologie.	FREY.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MEMOIRE DE MON PERE
ET DE TOUS MES DISPARUS

A MA MERE

*faible témoignage de mon immense
reconnaissance et ma si profonde
affection.*

A MA GRAND'MERE

témoignage de mon immense affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur BALTHAZARD

Professeur de Médecine légale
Doyen Honoraire de la Faculté
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages respectueux et reconnais-
sants.*

A M. le Professeur PIEDELIEVRE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

*Qui a bien voulu nous donner le sujet de
cette thèse et nous guider dans son exé-
cution, en témoignages de nos sentiments
respectueux et reconnaissants.*

A M. le Docteur de GRISSAC

Médecin-Chef de l'Hôpital d'Argenteuil

*en témoignage de notre respectueuse
reconnaissance et de notre profonde
affection.*

A M. le Docteur LUMIERE

Médecin du service de consultation externe
de l'Hôpital d'Argenteuil

*pour lui exprimer toute notre amitié et
notre reconnaissance.*

A M. le Docteur COLLIN

Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital d'Argenteuil

A M. le Docteur AUCLAIR

Médecin radiographe de l'Hôpital d'Argenteuil

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur HARTMANN
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur CARNOT
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

M. le Professeur DESCOMPS (*in memoriam*)
Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

M. le Docteur TIXIER
Médecin de l'Hôpital de la Charité.

M. le Docteur LESNÉ
Médecin de l'Hôpital Trousseau.

M. le Professeur LIAN
Médecin de l'Hôpital Tenon.

*A MM. LES MEDECINS ET CHIRURGIENS
DE L'HOPITAL D'ARGENTEUIL (Internat)*

Docteurs DE GRISSAC, LUMIÈRE, COLLIN, AUCLAIR, BER-
TRAND, DESTROIT, MIGNOT, BOUCHARD, GOSSELIN, MANET,
GERVAIS, PERRIN, QUERIAULT, REYNIER.

A MES CAMARADES D'ETUDE ET D'INTERNAT

DEFINITION

Qu'est-ce que la pendaison?

De nombreuses définitions ont été proposées :

par TAYLOR : genre de mort dans lequel le corps est suspendu entièrement ou en partie par le cou.

par CASPER : mort par la pression exercée sur le cou au moyen d'un lien tendu par le poids du corps ou au moyen de la moitié du corps.

par TARDIEU : acte de violence dans lequel le corps pris par le cou dans un lien attaché à un point fixe et abandonné à son propre poids, exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour amener brusquement la perte du sentiment, l'arrêt des fonctions respiratoires et la mort.

par THOINOT : acte de violence dans lequel le corps pris par le cou dans un lien attaché à un point fixe et abandonné à son propre poids exerce sur le lien suspenseur une traction assez forte pour amener brusquement la perte de connaissance, l'arrêt des fonctions vitales et la mort; définition que M. le Professeur BALTHAZARD déclare « acceptable si l'on supprime les derniers mots relatifs au mécanisme de la mort. »

Durant longtemps jusqu'à TARDIEU, ce terme de pendaison dont nous venons de donner la définition a la

même signification que le terme strangulation et inversement.

MAHON étudiait sous le nom de suspension dans un chapitre commun, pendaison et strangulation. FODÉRE distinguait l'étranglement simple (strangulation) et l'étranglement avec suspension (pendaison). ORFILA reconnaît que pendaison et strangulation sont indépendantes mais les réunit cependant dans un même article « parce qu'à peu de choses près il y a identité entre les causes qui les déterminent et les phénomènes qui les accompagnent. »

Entre la pendaison et la strangulation existe cette différence que dans le premier cas la force constrictive est passive et produite par le poids du corps tandis que dans le second cas elle est active et dépend de l'effort musculaire.

En général, dans la pendaison, la force agit dans une direction qui tend à se rapprocher de l'axe du corps, alors que dans la strangulation elle s'exerce dans un plan perpendiculaire à cet axe. Ainsi donc l'usage a précisé la signification de pendaison et strangulation.

La pendaison en dehors des moyens de justice est ordinairement le résultat d'un suicide, elle est exceptionnellement un procédé d'homicide, mais elle peut aussi être accidentelle, un peu plus fréquente que la pendaison homicide.

CHAPITRE PREMIER

AUTOPSIE

Il est bien évident que l'autopsie d'un pendu sera absolument semblable dans le cas de la pendaison-accident et dans celui de pendaison banale (suicide). Si la pendaison paraît être le résultat d'un suicide, aucun indice de crime n'étant relevé, l'autopsie n'est pas ordonnée. Si le rapport du médecin ne conclut pas au suicide, celle-ci est pratiquée et peut apporter des renseignements importants.

Tout d'abord par l'aspect du cadavre et les lésions externes :

Dans la pendaison accidentelle comme dans la pendaison banale (sinon plus, puisque dans tout accident surviennent des circonstances imprévues pouvant provoquer les situations les plus variables : les plus classiques comme les plus extraordinaires) ainsi que nous le verrons ultérieurement dans nos observations :

Le corps du pendu est suspendu par un lien quelconque (corde, mouchoir, ruban, cravate, foulard, branches...) dur et rigide ou mou, à un point de suspension

tel que le cadavre peut ne reposer au sol par aucune de ses parties : c'est la pendaison complète, ou peut s'y appuyer par une ou plusieurs de ses parties, c'est la pendaison incomplète. (La pendaison incomplète connue depuis BENEDICTI DE PADOUE au XVIII^e siècle, considérée comme parfaitement possible : MARC écrit un mémoire classique au sujet de la pendaison incomplète du prince de Condé. LOUIS parle d'un pendu « jambes traînantes et genoux tombant presque à terre ». DEVERGIE emploie le premier le terme de pendaison incomplète. TARDIEU enfin réunit 261 cas de pendaison incomplète empruntés à MARC, ESQUIROL, JACQUEMIN, DUCHESNE, BRIERRE DE BOISMONT... précisant définitivement la possibilité de mort par pendaison incomplète dans des modes très variables :

pieds reposant au sol,
corps reposant sur les genoux pliés,
corps étendu et couché,
corps assis,
corps accroupi.

Dans la pendaison complète les membres supérieurs sont pendants et rapprochés du corps, les mains liées sont plutôt en faveur du suicide ou du crime. Parfois la main est portée au lien et s'accroche à lui comme dans un mouvement de défense instinctive.

Dans la pendaison incomplète les membres sont dans les attitudes les plus variées.

La position de la tête sur le corps encore complètement ou incomplètement suspendue ne manque pas d'intérêt. En général elle est inclinée du côté opposé à celui où le lien suspenseur présent le nœud et se penche ainsi vers le plein de l'anse. Si le nœud est à la nuque (cas le

plus fréquent) la tête se penche en avant — si le nœud est à gauche ou à droite du cou, la tête se penche à droite ou à gauche — enfin (exceptionnellement) si le nœud est en avant la tête se penche en arrière.

Le visage se montre fort variable chez les pendus : lorsque l'anse est symétriquement disposée, le visage reste pâle, il se cyanose au contraire lorsque le plein de l'anse est situé latéralement. Cependant signalons que la couleur du visage ne peut présenter un intérêt médico-légal en cas de début de putréfaction que si le cadavre n'est pas dépendu, car le développement des gazs intestinaux refoulant le diaphragme, chasse dans les vaisseaux de la tête le sang contenu dans les poumons et les gros vaisseaux.

L'expression de physionomie des pendus n'a aucune valeur.

Les ecchymoses du visage (front, paupières, conjonctives, lèvres) sont rares, ecchymoses s'observant également au cou et à la poitrine, ainsi que dans toutes les morts par asphyxie.

On note la présence d'écume dans la bouche et au-devant du nez et la langue est projetée hors de la bouche dans la moitié des cas environ, sans d'ailleurs pouvoir établir une règle de relation entre la position de la langue et la situation du lien par rapport à l'os hyoïde.

Les oreilles sont cyanosées, cyanose sans relation réelle avec la couleur de la face. Il a été signalé des hémorragies du conduit auditif externe, exceptionnelles, paraissant dûes en général à une rupture du tympan constatée par MORGAGNI et VALSALVA, puis par BERNT, WILDE, puis par TAYLOR, enfin par LANNOIS et MINOVICI. L'otorragie sans rupture de tympan dûe vraisemblablement

blement à une exsudation de sang sous l'épiderme tympanique (L. THOINOT) a été constaté par HOFMANN.

Quant aux phénomènes cadavériques, ils présentent quelques particularités :

la rigidité cadavérique paraît plus tardive et plus durable sur les cadavres des pendus (TOURDES, confirmé par PELLEREAU).

Les lividités cadavériques sur les corps restés suspendus se distribuent de façon spéciale — la partie supérieure du corps est pâle — les lividités commencent sur le tronc au niveau de la ceinture et descendent vers les membres inférieurs augmentant d'intensité, présentant leur maximum à l'extrémité de ces membres. De même aux membres supérieurs, les bras sont pâles; les lividités n'apparaissent qu'aux avant-bras pour présenter leur maximum aux mains et aux doigts. Plus le corps reste suspendu, et plus les lividités cadavériques augmentent, leur intensité permettant en quelque sorte de mesurer la durée de la suspension.

Cette distribution des lividités est évidemment celle présentée avant la suspension; les cadavres étant mis en décubitus dorsal, la distribution se forme suivant le mode ordinaire.

Ces détails étant mis au point en dehors des lésions contingentes, éventuelles (telles les lésions diverses, ayant pour origine un suicide, un homicide, un accident, subies avant la pendaison, les lésions accidentelles subies pendant la pendaison et enfin les lésions subies par le cadavre après la pendaison), il existe des lésions très importantes, parmi celles-ci : *le sillon* au

niveau du cou dont TARDIEU avait signalé « l'élongation plus apparente que réelle » (BALTHAZARD).

Le sillon est l'empreinte laissée par le lien sur les téguments du cou.

Il est généralement unique (le lien ne faisant qu'un tour dans le cou). Il est double ou multiple même, si le lien fait deux tours ou plus; parfois les sillons doubles ou multiples se confondent en un sillon unique si les tours sont très rapprochés, sinon les sillons sont séparés les uns des autres par une crête si l'espace est étroit, par une bandelette si l'espace est large.

Le plus fréquemment, lorsque le sillon occupe une situation élevée sur le cou, plus haute que l'endroit où le lien s'est trouvé appliqué au moment de l'accident (ou du suicide), il se trouve au-dessus du larynx.

Sur 153 observations de cas de pendaison, MASCHKA voit le sillon 147 fois au-dessus du larynx, une fois seulement au niveau de la partie moyenne du larynx, 3 fois au bord inférieur du cartilage thyroïde (nombres concordant sensiblement avec la statistique de SCHMIDT de l'Institut Médico-Légal de Berlin : 148 sillons entre larynx et hyoïde, 9 entre hyoïde et menton, 9 transversalement au-dessus du thyroïde, 2 au niveau du cricoïde et 2 au-dessous).

La situation basse du sillon peut être due à ce que le déplacement du lien en haut, durant la suspension a été rendue impossible, soit par quelque circonstance fortuite, soit par la présence d'une tumeur du cou (cas d'HOFMANN : pendu présentant des ganglions cervicaux).

Le sillon se dirige du point d'application du plein de

l'anse vers le point de formation du nœud. Dans la pendaison typique (plein du lien en avant et nœud en arrière) le sillon se dirige obliquement en haut et en arrière de la partie antérieure du cou vers la nuque. Parfois, comme le lien d'ailleurs, le sillon se dirige obliquement en haut et en avant de la partie postérieure du cou, vers la partie antérieure. Dans des cas très rares (pendaison incomplète en position abdominale) le sillon peut être horizontal.

Le sillon peut faire le tour complet du cou (lien exerçant une forte striction circulaire) — souvent il existe une interruption au niveau de l'ouverture de l'anse — parfois le sillon présente quelques interruptions accidentelles dûes à des corps interposés entre le cou et le lien (barbe, cache-nez, main de la victime...)

Il existe deux sortes de sillons : 1° les sillons mous de la même couleur que la peau, mais un peu plus pâles ; ils sont en général dûs à des liens mous tels que foulard, serviette, etc... Mais il sont dûs parfois simplement à l'absence de dessiccation en séjournant dans l'eau ou l'air humide.

2° les sillons durs ou parcheminés — de teinte plus ou moins foncée allant du jaune au brun, la peau étant desséchée et dure — dûs à des liens durs, rugueux : cordes, ficelles, courroies... Les lèvres du sillon présentent souvent une mince zone violacée en particulier la lèvre supérieure — et DEVERGIE regardait ce signe comme une preuve certaine de la pendaison pendant la vie — en réalité cette coloration est dûe à l'afflux du sang de l'extrémité céphalique sous l'action de la pesanteur jusqu'au niveau des tissus comprimés par le lien.

La profondeur du sillon dépend d'ailleurs de l'étroitesse du lien et du temps de suspension — profondeur

présentant son maximum au plein de l'anse — la largeur du sillon dépend de celle du lien.

Le sillon résiste d'autant mieux qu'il est plus dur, un sillon mou peut s'effacer rapidement et n'être plus apparent à un second examen du cadavre, alors qu'il avait été noté au premier.

Nous verrons ultérieurement en étudiant à quelles questions permet de répondre l'examen et l'autopsie d'un pendu, quelle importance il semble falloir accorder au sillon.

Au niveau du cou il existe d'ailleurs d'autres lésions (au niveau des tissus profonds) :

Au niveau des parties molles se trouvent des ecchymoses ou des extravasats sanguins dans les tissus cellulaires et les muscles. BROUARDEL a insisté avec raison sur la fréquence de l'ecchymose rétro-pharyngée, produite par le choc, de la base de la langue et du larynx sur la paroi postérieure du pharynx.

Il n'est pas aussi exceptionnel que le disait MASCHKA de trouver des ruptures musculaires portant surtout sur le chef antérieur du sterno-cléido-mastoïdien avec suffusion dans la gaine du muscle.

Lorsque les épanchements de sang dans ces lésions sont constitués par du sang coagulé, ils se sont produits pendant la vie alors que le cœur battait encore. Si donc on les rencontre chez les pendus en rapport avec la situation du sillon ils fournissent un argument de grande valeur en faveur de l'hypothèse d'une pendaison effectuée pendant la vie.

Les lésions des vaisseaux intéressent presque uniquement les carotides (rupture des jugulaires exception-

nelle). Cette lésion consiste dans la rupture de la membrane interne des carotides — s'accompagnant d'une suffusion sanguine au point de rupture, dans la tunique moyenne de l'artère. Cette déchirure, décrite par AMUSAT pour la première fois en 1828, siège ordinairement sur la carotide primitive, immédiatement au-dessous de sa bifurcation — lésion attribuée par certains à l'athérome des artères, par d'autres, Etienne MARTIN, récemment, par la compression entre le cartilage thyroïde et les vertèbres. Cette lésion déclarée extrêmement fréquente par quelques-uns (80 % par HOFMANN) est considérée comme relativement rare par la plupart (MASCHKA : 1 sur 153 ; LESSER : 7 sur 50 ; PEHAM : 8,06 %...).

D'autre part les *fractures de l'os hyroïde* sont rares et « bien souvent on a été trompé par la mobilité anormale des grandes cornes au niveau de leurs articulations avec le corps de l'os » (BALTHAZARD).

Les *fractures du larynx* signalées déjà par MORGAGNI, VALSALVA, considérées comme preuves de pendaison violente par LOUIS, sont exceptionnelles pour MASCHKA, fréquentes pour STRASSMANN, REUTER, L. THOINOT, rares jusqu'à 40 ans, à cause de l'élasticité des cartilages jusqu'à cet âge pour Et. MARTIN, exceptionnelles pour BALTHAZARD. Elles n'auraient d'ailleurs de valeur pour démontrer la pendaison pendant la vie que si l'on trouve une infiltration sanguine au niveau des cartilages fracturés.

Les *lésions du rachis* connues déjà par A. PARÉ consistent en luxation ou fractures plus rares d'ailleurs des vertèbres cervicales, elles sont également pour LOUIS une preuve de pendaison violente. Il faut à leur produc-

tion, dit L. THOINOT, des circonstances particulières, soit une précipitation violente du corps, soit une disposition du nœud rappelant plus ou moins l'une ou l'autre, certaines variétés de la pendaison de justice, soit une fragilité anormale du tissu osseux, soit des ligaments inter-vertébraux comme l'affirmait déjà MAHON en 1801, parlant « d'enfants tombés raides morts après avoir été par forme de badinage soulevés de terre, ceux qui les soulevaient ayant une main sous leur menton et l'autre sur le derrière de la tête ». « Que ne sera point la chute précipitée d'un corps qu'une corde retient en l'air? ajoute-t-il. » Des suffusions sanguines peuvent accompagner ces lésions.

A côté de ces phénomènes locaux existent des phénomènes à distance beaucoup moins importants. Nous les étudierons en commençant par le plus discuté quant à l'importance à lui attribuer :

la présence de sperme et spermatozoïdes dans l'urètre des pendus (parfois sur les vêtements). DEVERGIE considérerait ce signe découvert par Ambroise PARÉ, comme caractéristique de la pendaison.

ORFILA et DONNÉ ont montré que les phénomènes avaient lieu non seulement dans beaucoup de mort violente, mais encore dans différentes maladies.

BROUARDEL attribue ce phénomène à l'envahissement précoce des muscles de la paroi des vésicules séminales par la rigidité cadavérique, qui se videraient de leur contenu grâce à la position verticale.

La présence de sperme dans l'urètre des cadavres est un phénomène banal et DOMINICIS ayant constaté une émission de sperme une heure après la mort (donc sans rigidité cadavérique) d'un individu couché, donc

sans déclivité, il faut admettre qu'il existe des éjaculations agoniques dans la mort par asphyxie sans qu'il soit permis d'attribuer la moindre valeur en tant que signe de pendaison pendant la vie à la turgescence des organes sexuels, à la présence de spermatozoïdes dans l'urètre ou à l'écoulement de sperme.

Quant aux autres organes ils présentent les particularités suivantes :

les poumons sont très congestionnés surtout au niveau des lobes inférieurs, présentant même parfois des ecchymoses ponctuées ressemblant à celles de TARDIEU (considérées par lui comme caractéristiques de la strangulation). Souvent on note de l'emphysème sous-pleural. DARRÉ signale un emphysème sous-cutané du cou survenu au cours d'une pendaison incomplète. Les bronches renferment du mucus aéré sanguinolent qui parfois passe dans la trachée et dans le pharynx nasal.

Au niveau du tube digestif les muqueuses gastriques et intestinales sont parfois uniformément rouges et congestionnées, parfois couvertes de taches rouges disséminées, de suffusions sanguines visibles sur la face externe de la tunique (lésions banales de la mort par asphyxie n'ayant pas éveillé le soupçon d'empoisonnement).

Au niveau des centres nerveux l'encéphale est congestionné si la putrefaction est déjà avancée. Mais en cas d'autopsie précoce, il est intéressant de noter chez les pendus la congestion ou l'anémie du cerveau et de ses enveloppes qui ont en égard à la disposition de l'anse autour du cou, la même signification que la cyanose ou la pâleur de la face. TARDIEU a insisté sur la nécessité de consigner avec détails les lésions de l'encéphale, telles que pachyméningite, adhérence de la pie-mère à l'écorce

cérébrale, susceptibles d'expliquer les désordres psychiques ayant poussé l'individu au suicide.

Signalons d'ailleurs que sur le corps du pendu, il est possible de trouver des *marques de violences*, qu'il est important de ne pas méconnaître et qu'il faut savoir apprécier.

1° violences agoniques : résultant du heurt du corps sur les objets durs environnants pendant la scène de pendaison au cours des convulsions, marques ayant surtout le dos pour siège en cas de pendaison-suicide, ayant un siège extrêmement variable en cas de pendaison-accident — violences qui peuvent être extrêmement importantes — LOUIS LYON-CAEN signale un cas de pendu présentant comme violence agonique un vaste hématome de la région interscapulaire, contusion du poumon droit et fracture des troisième et cinquième côtes gauche.

2° violences post-mortem soit que le lien se soit rompu, soit dans les manipulations maladroites du cadavre.

3° violences subies pendant la vie antérieurement à la pendaison, contusion acquise durant la vie courante ou durant la toute première période de l'accident avant la pendaison.

Les autres organes ne présentent chez les pendus aucune lésion spéciale.

L'examen du pendu et l'autopsie permettent de résoudre tout au moins partiellement, un certain nombre de questions médico-légales importantes, également dans les cas de pendaison paraissant accidentelles, afin de ne

pas reconnaître une pendaison-homicide ou de confondre une pendaison-suicide avec pendaison-accident, qui pourrait être un accident du travail par exemple, d'où l'importance de la question à résoudre.

1° *L'individu était-il encore vivant au moment de la pendaison?* Les preuves directes que la pendaison a été exécutée durant la vie sont tirées de l'examen du cadavre et de l'autopsie. Tout d'abord les érosions, égratignures, ecchymoses, au niveau des membres, lorsqu'on peut grâce à l'état des lieux, établir qu'elles se sont produites contre un objet voisin, permettent d'affirmer qu'une fois pendu, l'individu a eu des convulsions, donc qu'il était vivant. Les caractères du sillon ne fournissent aucune indication utile pour résoudre cette question, de même que l'éjaculation et évacuations urinaires et alvines.

En particulier le sillon non seulement peut être peu net, « mou » (produit par un foulard, une étoffe douce, etc...) mais encore il peut manquer complètement, soit qu'il n'ait pu se former, soit qu'il ait disparu. D'autre part, une question a été posée même sur la valeur qu'il faut attribuer au sillon — Messieurs CROUZON, DESOILLE, et HENRION, étudiant des troubles neurologiques consécutifs à une pendaison, s'expriment ainsi : « pendaison réelle comme le démontre le sillon » — sur ce dernier point M. PIÉDELIÈVRE s'exprime ainsi : « Le sillon n'est pas, à mon avis, la preuve de la pendaison, il est la preuve d'un contact brutal, d'une striction vive du cou avec et par un lien. Mais il n'est pas la preuve de durée de cette striction qui peut n'avoir été qu'instantanée et n'avoir amené aucun trouble.

J'ai observé le cas d'un enfant de quatre ans qui en se débattant à en le cou pris dans une grosse ficelle;

libéré instantanément par une fillette qui se trouvait à côté de lui, il n'y eut aucun début de pendaison, aucun malaise d'aucune sorte, aucun symptôme dû à la striction du lien qui a été trop courte; or, cet enfant que j'ai régulièrement suivi, a présenté pendant plusieurs semaines le sillon de pendaison le plus typique que l'on puisse observer sur un vivant. Cette remarque est faite pour mettre en garde contre la valeur médico-légale du sillon du cou qui non seulement n'est pas un signe de pendaison vitale, mais encore peut ne pas être un signe de pendaison ni de strangulation réelle ».

Mais les suffusions sanguines dans les gaines vasculaires, lorsque leur siège répond à la situation du sillon, constituent une preuve que la pendaison a eu lieu pendant la vie, ainsi que l'ecchymose pré-vertébrale et la rupture de la tunique interne des carotides avec infiltration hémorragique même minime de la tunique moyenne. Donc lorsqu'on trouve à l'autopsie une ou plusieurs de ces lésions, on peut conclure que l'individu a été pendu ou s'est pendu vivant. Malheureusement ces lésions sont inconstantes, pouvant faire complètement défaut sans pouvoir conclure que l'individu était mort au moment de la pendaison.

Ajoutons même que Messieurs DERVIEUX, PIÉDELIÈVRE et MULLER disent que la lésion d'AMUSSAT (en tant que rupture de la tunique interne) ne serait pas, à cause de sa fragilité, l'indice d'une lésion vitale et n'apporterait qu'une aide minime au diagnostic de la mort par pendaison. Ils ajoutent que l'examen du corpuscule retro-carotidien, situé à la partie postérieure au point de bifurcation de la carotide primitive (RIEFFEL), n'apporte pas de précision nette.

Enfin JANKOWICH et INCZE décrivent des hémorra-

gies microscopiques dans tous les ganglions lymphatiques du cou et jusque dans les ganglions sus-claviculaires. Ceci peut être intéressant dans les cas où d'autres hémorragies peuvent manquer, pour le diagnostic de la pendaison vitale.

Une deuxième question qui peut être posée et que l'autopsie peut aider à éclairer est la suivante : *A quel moment a eu lieu la mort et combien de temps a duré la suspension?* La température du corps, l'état de rigidité cadavérique, l'examen du contenu gastrique, le début de putréfaction permettent de fixer avec une faible approximation le moment de la mort.

D'après la couleur plus ou moins violacée de la lèvre supérieure du sillon (quand il existe), des membres inférieurs, on peut dire si le corps est resté suspendu plusieurs heures ou pendant un temps très court.

Ces deux questions peuvent être posées au médecin légiste par le magistrat chargé de l'enquête qu'il a effectuée pour un sujet trouvé pendu dans des circonstances souvent particulièrement bizarres et sans raison explicable de suicide (condition du pendu par accident).

Quant à la troisième question : homicide, suicide ou accident? Nous n'en parlerons qu'ultérieurement lorsque nous aurons parlé du mécanisme de la mort par pendaison et lorsque nous aurons exposé les différents cas de pendaison accidentelle que nous avons pus recueillir.

CHAPITRE II

L'AGONIE DU PENDU

Quel est donc le mécanisme de la mort par pendaison? Il n'a été étudié et mis au point que progressivement et il n'est pas sans intérêt de voir rapidement comment à travers les siècles les médecins sont arrivés aux conclusions actuelles. MORGAGNI avance qu'ARISTOTE aurait parlé de la compression des vaisseaux dans cette phrase devenue classique : « *Quibus in collo venae apprehenduntur insensibiles fiunt.* »

Au xv^e siècle, Alexandre BENIDICTI DE PADOUE assigne pour cause à l'apoplexie la compression des veines jugulaires et parle de pendus, les pieds étant à terre.

VALSALVA raconte une expérience faite à Pise en 1554 par COLOMBUS, qui provoque une défaillance subite chez un jeune homme en lui comprimant les carotides, à la grande stupéfaction de tous les assistants.

COLOMBUS remarque la possibilité de lésions vertébrales ou de ruptures des cartilages intervertébraux. NYMMAN DE WITTENBERG, en 1629, attribue la mort par

pendaison non pas à l'interception de la respiration, mais à la compression des vaisseaux.

Puis le chirurgien partisan de l'apoplexie cérébrale, LOUIS, écrit dans son *Mémoire* sur une question relative à la jurisprudence : « La plupart des auteurs se sont prononcés sur la cause de la mort des pèndus, en la mettant dans la classe des suffocations — et rien n'est si peu conforme à la vérité que cette allégation. Les pendus ne meurent pas faute de respiration, c'est-à-dire que la cause de la mort ne dépend pas, comme on le croit vulgairement, de la respiration primitivement interrompue par le lien qui leur serre le col. Cette fonction subsiste en eux jusqu'à la fin et ils meurent vraiment apoplectiques par la compression des veines jugulaires... »

PHILIPP, d'ailleurs, entrera en lutte avec LOUIS, partisan de la mort par occlusion des voies respiratoires (il sera d'ailleurs suivi par BELLOC, FODÉRÉ et TARDIEU).

MORGAGNI parle d'un fait nouveau : « Si la compression des vaisseaux et des nerfs exercée en même temps, n'est pas regardée comme suffisante pour produire par elle-même l'effet dont je cherche la cause, elle le produira du moins lorsque la constriction de la trachée-artère se joindra à elle dans le même temps. »

Enfin, en 1821, FLEISCHMANN, suivi ensuite par ORFILA et DEVERGIE, reconnaît à la mort quatre causes : l'apoplexie, l'asphyxie, l'apoplexie et l'asphyxie et la lésion médullaire.

C'est alors, avec HOFMANN, vers 1876, que commence une nouvelle période, la période expérimentale scientifique, dont nous verrons l'évolution en étudiant les phénomènes principaux dont nous avons entrevu l'existence dans le court historique écrit ci-dessus :

1° L'ARRÊT DE LA CIRCULATION CÉRÉBRALE.

Telle est l'expérience d'HOFMANN, que M. LÉVY rapporte dans sa thèse :

« Après avoir ouvert et vidé le crâne d'un cadavre, on découvre des deux côtés du cou la carotide primitive à sa partie inférieure et on y introduit une canule que l'on fixe solidement.

On fait d'abord passer un courant d'eau par les carotides pour chasser les caillots qui pourraient s'y trouver et pour s'assurer leur perméabilité.

« On suspend alors le cadavre par une corde passée autour du cou, de façon que le corps flotte librement, il n'est pas nécessaire que le corps soit complètement suspendu ; si on fait l'expérience dans la position qu'ont généralement les pendus assis, le résultat est le même. On essaie alors de faire passer de nouveau un courant d'eau par les carotides. Quelle que soit la pression que l'on emploie, fut-elle supérieure au poids du corps (ce qui est possible pour des cadavres d'enfants), par conséquent de beaucoup supérieure à la pression du sang, il ne passe pas une goutte d'eau par les carotides, même si le cadavre est incomplètement suspendu. »

Les expériences de BROUARDEL et de VIBERT ont donné des résultats assez probants sur l'imperméabilité des vaisseaux du cou à la suite de compression. D'après eux, une pression de deux kilogs suffit pour arrêter le sang dans sa circulation par les veines jugulaires (arrêt qui n'a pas l'importance qu'a voulu lui donner LOUIS. On ne peut lui attribuer que la cyanose du visage dans la pendaison avec le nœud du lien placé en situation atypique) ; une pression de cinq kilogs ferme la carotide, une de

quinze kilogs la trachée et une de trente kilogs les artères vertébrales (dont l'imperméabilité niée par TAMASSIA a été prouvée par HABERDA et REINER, précisant même que, dans la pendaison typique, la compression des artères vertébrales s'effectue entre la première et la deuxième vertèbre).

Les perturbations amenées par la compression des vaisseaux du cou dans les fonctions du cerveau sont depuis longtemps connues. Leur position anatomique et les conditions mécaniques nous prouvent suffisamment la facilité de leur compression. D'autre part, on sait que des médecins ont recommandé la compression des carotides pour arrêter les accès d'épilepsie — manœuvre provoquant des troubles de la vue, des nausées, l'hébétéude, la faiblesse jusqu'à la chute. (KÜSMAUL et TENNER). PILTZ a également observé que sur six cents ligatures sur une ou sur les deux carotides 32 % ont eu des accidents cérébraux et que la mort est survenue dans la proportion de 32 1/2 %. Nous devons donc attribuer à cette compression un rôle important, surtout dans ce genre de mort, d'autant plus qu'elle peut, par elle-même, déterminer de graves symptômes. On sait avec quelle rapidité se transmettent les troubles apportés dans la circulation du cerveau sur les fonctions de cet organe. C'est pourquoi il ne faut pas s'étonner de voir, dans ces conditions, survenir immédiatement la perte de connaissance. Cette remarque ne concerne que la carotide et les accidents deviendront d'autant plus grands que la compression s'étendra toujours aux jugulaires lorsque les carotides seront rendues imperméables par la compression. Le va-et-vient du sang, dit le Professeur HOFMANN, est brusquement arrêté dans le cerveau et comme il réagit très rapidement sur les troubles de la nutrition

(oxydation), il est naturel qu'il doit répondre immédiatement à un symptôme qui, le plus souvent, est la perte de connaissance. Mais, au point de vue physiologique, est-ce le manque d'oxygène ou la présence d'acide carbonique accumulé dans les tissus qui déclenche les accidents? Réponse difficile, car le manque d'oxygène et l'accumulation d'acide carbonique sont des phénomènes étroitement liés. Parmi les physiologistes, les uns attribuent au manque d'oxygène, l'état d'excitation que l'on observe dans l'asphyxie, les autres attribuent à l'acide carbonique, l'anesthésie des organes. ROSENTHAL n'attribue aucune influence à l'acide carbonique. D'après lui, l'oxygène nourrit les organes et son défaut les excite. De même en est-il pour le rôle joué par l'imperméabilité des artères et des veines vertébrales, car il est clair, d'après HOFMANN, que dans la compression des carotides, le retour du sang par la jugulaire est en même temps arrêté et que la circulation collatérale ne peut immédiatement s'établir par les vaisseaux vertébraux d'un calibre plus petit, d'autant plus que le sang revenu dans le cerveau, devient rapidement hyperveineux.

Pour ce qui regarde la compression seule des carotides et des jugulaires internes, MINOVICI en particulier, s'est livré à des expériences donnant la preuve de l'impressionnabilité qu'éprouve le cerveau, dans les modifications qu'il subit dans sa circulation.

« Couché sur un lit, la tête sur un oreiller et comprimant avec l'index sur la colonne vertébrale les troncs vasculaires du cou au niveau de l'os hyoïde et du larynx, en moins de quatre à cinq secondes, nous avons senti un voile tomber sur nos yeux, la vue commence à diminuer et même à s'obscurcir (symptôme annonçant la prochaine arrivée d'un autre phénomène, la perte de con-

naissance, que nous n'avons pas laissé se produire). »

Puis, étudiant la compression de tout le système circulatoire du cou, MINOVICI a simulé une pendaison incomplète — « nous passant autour du cou un nœud coulant, de façon à ce que la pression soit uniforme — couché sur le côté gauche, il nous a été impossible de rester en pendaison, même très incomplète, plus de cinq secondes, la perte de connaissance arrivant rapidement. Nous avons été amenés à constater, durant cette expérience, que lorsque le nœud de la corde se trouve à la nuque, les phénomènes se produisent immédiatement, mais quand le nœud occupe une position latérale, la suspension peut durer huit à neuf secondes. »

Par conséquent, dans la pendaison incomplète, comme le dit le Professeur BROUARDEL, la pression peut être assez forte pour que la circulation ne puisse plus se faire par les artères; il suffit que la tension atteigne cinq kilogs (MINOVICI dit quatre kilogs, tension qui existe même dans le cas de pendaison incomplète d'un enfant. Nous faisons cette remarque parce que nous verrons ultérieurement que les cas de pendaison accidentelle sont souvent signalés chez des enfants), pour produire une syncope d'origine cérébrale par l'anémie du cerveau.

Ce qui plaide surtout en faveur de l'influence que peut avoir la compression des vaisseaux par ces accidents, c'est l'observation d'une aliénée : le foulard avec lequel elle s'était étranglée et qui était passé deux fois autour du cou, était si peu serré que l'on pouvait facilement y passer la main, de manière à ce que l'on ne puisse pas admettre que la compression ait pu fermer la trachée et amener la mort.

MINOVICI a voulu, enfin, étudier la pendaison com-

plète. L'expérience montre les mêmes phénomènes déjà décrits (la douleur étant plus vive) et la sensation « d'une fermeture si hermétique des voies respiratoires, qu'il est impossible de respirer ».

Les expériences faites par BROUARDEL apportent la preuve que non seulement l'oblitération des vaisseaux du cou a une grande importance, mais elle démontre qu'elle a plus d'importance que l'oblitération des voies respiratoires : un lapin non trachéotomisé meurt après six minutes ; un lapin trachéotomisé meurt après vingt minutes. La mort étant survenue malgré la trachéotomie, ne doit-on pas plutôt penser à l'influence de l'oblitération des vaisseaux ?

Mais la fermeture des vaisseaux n'est pas toujours complète cependant — lorsque le nœud de la corde a la position latérale par rapport au cou, à droite ou à gauche, le cœur continuant à battre, la circulation se fait par la carotide et la jugulaire correspondant au nœud c'est pourquoi loin d'avoir l'anémie du cerveau et de la face nous nous trouvons en présence de la congestion de la face devenant rouge violet. Dans ces cas-là, nous n'avons pas syncope. Les divers mécanismes que nous n'avons pas encore étudiés : arrêt de la respiration, compression des nerfs et l'existence cependant partielle des troubles cérébraux sus-décrits amènent la mort.

Ce qu'il faut conclure c'est qu'avec une pression relativement minime, les jugulaires sont rendues imperméables, avec une pression un peu plus forte mais encore relativement minime, les carotides sont rendues imperméables et que même si la pression n'est pas assez forte pour provoquer l'imperméabilité des vertébrales à calibre insuffisamment compensateur, il se produit même

avec un lien peu serré, lâche, et en cas de pendaison très incomplète, au niveau de la circulation cérébrale des troubles tels qu'ils amènent sinon la mort du moins une perte de connaissance très rapide, presque immédiate. Emmanuel LEVY écrit au sujet de la rapidité de la perte de connaissance : « Malgré le fait que beaucoup de suicidés se pendent de telle sorte que leur corps ne flotte pas librement et que le point de suspension est à une distance moindre que la longueur de leur corps, on ne connaît, jusqu'à présent, aucun cas d'un individu qui se soit délivré lui-même de son lien ou d'un pendu qui se soit sauvé lui-même, comme cela arrive dans beaucoup d'autres genres de suicide, la submersion, par exemple, où l'instinct de conservation prenant le dessus, l'individu renonce à son suicide; tandis que si la perte de connaissance ne survenait pas immédiatement, il y aurait bien par-ci, par-là, un individu qui, par peur, par regret, par douleur, aurait essayé d'échapper à la mort. Cela est d'autant plus surprenant que pour le faire, l'individu parfois à genoux, assis, accroupi, n'aurait eu qu'à se mettre sur ses pieds, ce qui lui aurait été facile vu sa position et que l'on peut très bien supporter un arrêt de la respiration pendant 30 à 40 secondes et même une minute. Bien plus, des individus (nous en parlerons ultérieurement), qui n'avaient pas envie de se suicider et qui s'étaient pendus soit pour se rendre compte des sensations que l'on peut éprouver dans la pendaison, soit par plaisanterie, soit qu'ils pensaient qu'on viendrait à temps pour les délivrer, se sont trouvés dans l'impossibilité de se dégager au moment voulu. »

Nous avons insisté longuement sur ce point, parce qu'il est capital, qu'il soit acquis afin d'admettre l'existence de la pendaison accidentelle en présence de té-

moins ou en position de pendaison incomplète, comme nous le verrons ultérieurement en citant des observations de pendaison accidentelle.

2° L'ARRÊT DE LA RESPIRATION.

L'idée qui devait se présenter naturellement était d'invoquer dans la pendaison l'action du lien sur le larynx ou la trachée, l'effacement par compression du canal aérien et la mort par asphyxie.

Mais cette conception est contredite par :

1° La rareté des lésions d'asphyxie mécanique chez l'homme ou du moins leur peu d'étendue, ainsi que nous l'avons vu en étudiant l'autopsie du pendu ;

2° Le fait que dans la suspension le lien ne s'applique pas en réalité sur le larynx et encore moins sur la trachée, mais exerce son action de compression au-dessus du larynx ;

3° Les expériences citées précédemment de BROUARDEL et de MINOVICI, qui ont démontré que des hommes ou des animaux trachéotomisés et ayant, par suite, gardé la libre circulation aérienne, succombaient pourtant à la pendaison.

Deux cas sont particulièrement démonstratifs : le premier, rapporté par REINEBOTH : un homme est trachéotomisé pour un cancer du corps thyroïde de l'œsophage, du pharynx et des ganglions du cou. Onze semaines après il se pend et on le trouve mort, suspendu à une branche d'arbre, les pieds touchant à terre, les genoux fléchis. Le lien laissait pourtant l'orifice de la canule libre.

Le deuxième, rapporté par BERTELSMANN : une femme

de 68 ans est trachéotomisée à l'Hôpital de Hambourg pour un cancer du larynx; elle se pend 26 jours après et meurt en 15 minutes au plus. Le lien pourtant passait au-dessus de la canule.

Des expériences entreprises par TAMASSIA, BROUARDEL, REINEBOTH, ont montré que « les animaux trachéotomisés, puis pendus, meurent, après des délais qui paraissent assez variables d'ailleurs, suivant l'espèce animale en cause ».

Si donc l'asphyxie mécanique joue un rôle dans la mort par pendaison, du moins n'est-ce pas l'asphyxie par compression du larynx et de la trachée qui est en jeu.

Le professeur BROUARDEL observe que n'importe où peut être le lacet, il monte sous le maxillaire; c'est ainsi que le larynx, la trachée et la base de la langue sont tirés en haut par le lacet et viennent, grâce à ce mouvement, s'appliquer au fond du pharynx et empêcher l'entrée de l'air, réalisant l'obstruction totale des voies aériennes. Les recherches entreprises par HOFMANN et HAUMEDER et celles d'ECKERT sur des cadavres de pendus froids, ont démontré qu'il n'y avait pas compression directe du larynx, mais collage de la base de la langue sur les parois postérieures du pharynx. Il est évident que pour provoquer ces derniers phénomènes, il faudra, comme nous l'avons déjà écrit, une pression supérieure à celle qui est nécessaire pour obtenir l'imperméabilité des jugulaires, des carotides. Nous savons qu'on déclarait en général qu'une pression de 15 kilogs était nécessaire. MINOVICI discute à ce sujet en ces termes :

« Les quinze kilogs, donnés par les auteurs, pour être certain de l'oblitération de la trachée, peuvent être

exacts quand le nœud de la corde passe sous le larynx. Dans le cas où la corde passe au-dessus de l'os hyoïde (comme cela était réalisé dans les expériences personnelles sus-décrites), il n'a pas été besoin de 15 kilogs pour que la fermeture ait lieu. Les parties molles de cette région permettent au nœud de la corde de pénétrer profondément et de tirer la base de la langue en arrière, pour qu'elle vienne s'appliquer au fond du pharynx. »

Lorsque la pression est violente, en particulier dans le cas habituel où le lien est placé symétriquement, le nœud étant situé en arrière de la nuque, la base de la langue est projetée entre la paroi postérieure du pharynx, avec une violence telle qu'il se produit parfois une ecchymose rétro-pharyngée, ainsi que nous l'avons dit en étudiant l'autopsie du pendu.

Donc, la compression des voies aériennes par le lien est réalisée dans la majorité des cas de pendaison complète et dans les cas de pendaison incomplète où la pression est suffisante — il est démontré qu'elle peut provoquer la mort — mais elle n'en demeure pas moins pour beaucoup un processus le plus souvent accessoire, venant s'ajouter à la compression déjà étudiée, des vaisseaux du cou.

3° COMPRESSION DES NERFS DU COU.

Parmi les causes citées par les auteurs pour expliquer le mécanisme de la mort par pendaison, la compression des pneumogastriques en particulier, les troubles nerveux occupent le troisième rang. Cette idée paraît naturelle *a priori*, puisque le pneumogastrique est de chaque côté inclus dans le faisceau vasculo-nerveux

cervical, sur lequel l'action du lien s'exerce si nettement.

A. WALLER, en 1870, a étudié les symptômes auxquels donne lieu la compression du pneumogastrique chez l'homme. Il a employé la compression de ce nerf comme anesthésique. Les malades, après une pression moyennement forte sur le nerf vague, tombaient à terre « comme frappés de la foudre, tous les muscles volontaires étaient dans le relâchement complet et semblables à une masse inerte ».

Le Professeur TANHOFER, de Budapest, a étudié également les effets de l'excitation mécanique bilatérale du nerf pneumogastrique chez l'homme. Un médecin se comprimait lui-même le nerf avec l'angle de l'index gauche, et avait acquis, sous ce rapport, une grande habileté. Douze expériences de compression unilatérale firent voir un ralentissement du pouls et des battements du cœur. Enhardi par ce succès, TANHOFER essaya la compression bilatérale en appuyant l'index de la main gauche sur un nerf et le pouce de la même main sur l'autre. Alors, le pouls tomba immédiatement, devint rare et le cœur s'arrêta. Le jeune homme regarda en même temps en face de lui, l'œil fixe et vitreux et sans répondre à l'appel de son nom. TANHOFER écarta difficilement du cou la main, et il se passa un temps assez long avant qu'on ne parvint à faire reprendre connaissance au jeune homme. Pendant deux jours, il persista un certain malaise.

On ne peut nier que les nerfs pneumogastriques et surtout les nerfs laryngés (le laryngé supérieur est un modérateur de la respiration (ROSENTHAL) et l'excitation traumatique du laryngé supérieur peut déclencher l'arrêt de la respiration, démontre Claude BERNARD),

jouent un certain rôle dans la pendaison — ce rôle est en effet démontré par ce que TARDIEU a noté comme effets consécutifs de la pendaison (symptômes dûs évidemment à la compression des pneumogastriques et particulièrement des nerfs laryngés : l'aphonie, difficulté de la déglutition, engourdissement, sensation de froid, mouvements spasmodiques). Certains ont voulu voir la preuve de l'action de la compression des nerfs du cou dans les phénomènes de pneumonie, notés sur les sujets échappés à la pendaison et « qu'on a assimilés un peu aventureusement, dit Thoinot, aux troubles pulmonaires qui suivent la section expérimentale des pneumogastriques ».

A la compression de la dixième paire on rapporte les troubles cardiaques et respiratoires qui conduisent à la mort : ralentissement du cœur par excitation du nerf ; augmentation et faiblesse des battements cardiaques, diminution de la fréquence des respirations par paralysie succédant à l'excitation. La participation du pneumogastrique à la production de la mort admise par TAMASSIA, MISURAGA, IGNATOWSKI, HABERDA, REINER, niée par MASCHKA, en réalité ne semble pas contestable, encore qu'il ne soit pas facile de la dégager exactement dans l'ensemble des influences mortelles intervenant dans la pendaison — difficulté évidente lorsqu'on songe, comme le fait MINOVICI, que le pneumogastrique et les vaisseaux du cou ont des rapports si étroits qu'il est difficile de pouvoir juger l'action spécifique de la compression du pneumogastrique — un trouble nerveux étant toujours plus complexe à étudier qu'un trouble circulatoire.

4° ACTION SUR LE SYSTÈME NERVEUX CENTRAL.

I. — *Compression de la moelle cervicale*

Nous avons déjà parlé brièvement des lésions du rachis au moment où nous étudions l'autopsie du pendu. Mais comme elles sont intimement liées à la production de lésion de la moelle, nous allons nous y attarder à nouveau. En général, les lésions du rachis surviennent en cas de pendaison complète, le plus souvent violente, avec chute (pendaison de justice, rarement pendaison-suicide). On comprend aisément qu'il peut y avoir une chute dans une pendaison accidentelle, ainsi que nous le verrons d'ailleurs dans plusieurs de nos observations.

Les fractures même de la colonne vertébrale sont très rares. A part des circonstances exceptionnelles, il faut une fragilité osseuse spéciale (chez le vieillard, par exemple. Ainsi BROUARDEL cite le cas d'une vieille femme, présentant une fracture de la cinquième cervicale).

Mais la lésion du rachis, que l'on trouve assez fréquemment (exceptionnellement, dit HOFMANN, toujours dit PELLEREAU), est la déchirure du disque intervertébral (entre la quatrième et la cinquième vertèbre cervicale, dit LESSER) et les déchirures, ruptures de l'appareil ligamenteux avec luxation consécutive et extrême laxité de la tête (facilement créée chez l'enfant, ce qui pourrait peut-être expliquer la mort extrêmement rapide de certains enfants pendus accidentellement, que relatent nos observations).

Lorsque l'un de ces phénomènes a lieu, il se produit fréquemment l'élongation ou la compression de la moelle

cervicale entraînant une mort très rapide, mécanisme qui, comme nous l'avons déjà vu, a été admis de tout temps par tous, exagéré même par certains qui voyaient là le mécanisme habituel de la mort par pendaison.

II. — *Action générale sur le système nerveux central*

Frappés de la rapidité vraiment foudroyante de la mort pour certains cas de pendaison et particulièrement de pendaison sans violence, où aucune lésion médullaire n'est en jeu, les auteurs ont été amenés depuis longtemps à faire intervenir pour ces cas une action nerveuse mystérieuse. C'était pour RENER l'apoplexie nerveuse, paralysant subitement l'action du cerveau, du cœur et des poumons; c'était la neuro-paralysie de Casper; c'était l'action décrite par DEVERGIE : « Pour nous, nous concevons un effet nerveux par l'application du lien qui fasse perdre connaissance à l'individu dans l'espace de quelques secondes et qui ne se développe que dans les cas où le lien a été appliqué sur le larynx. »

Ce sont ces faits que BROUARDEL a expliqué par la théorie de l'inhibition : « Quand un individu se pend, il réalise évidemment les conditions nécessaires à la production de l'inhibition (traumatisme du larynx). La mort, par inhibition n'a donc rien qui doive surprendre dans la pendaison. »

Ainsi donc nous avons étudié par *quels mécanismes* pouvait survenir la mort chez les pendus.

L'inhibition, le rôle des pneumogastriques (physiologiquement prouvé mais très discuté par les médecins légistes dans la pendaison), les traumatismes du rachis

et de la moelle cervicale, peuvent expliquer la possibilité de la mort immédiate involontaire par pendaison accidentelle sans réaction de l'individu; la fermeture des voies respiratoires a été également, nous l'avons vu, une explication de la mort dans la pendaison. Mais le mécanisme qui paraît expliquer de façon complète la mort (vraisemblablement dans la plupart des cas de pendaison accidentelle) compliquée d'ailleurs d'asphyxie, c'est l'imperméabilité des vaisseaux du cou, réalisée dans la majorité des cas, puisqu'il suffit pour cela d'une pression relativement minime, qui pourra être obtenue non seulement dans une pendaison accidentelle complète, mais dans une pendaison accidentelle incomplète même d'un enfant — aussi bien avec un lien lâche, tel qu'un cache-nez, qu'avec un lien étroit presque tranchant, comme une ficelle, un lacet — pourvu, en général, qu'il ait une position symétrique permettant la compression bilatérale des paquets vasculo-nerveux (l'imperméabilité des vertébrales n'étant pas nécessaire pour que la perte de connaissance, phénomène capital, se produise — comme nous l'avons déjà expliqué ci-dessus). Cette notion de la perte de connaissance extrêmement rapide est une explication très satisfaisante par l'esprit, surtout lorsqu'on songe à un individu mourant, accidentellement pendu en position de pendaison incomplète. Il n'en est pas moins vrai que certainement dans beaucoup de cas (position asymétrique du lien, pendaison complète), les pendus accidentels meurent par asphyxie (imperméabilité des voies respiratoires) phénomène d'ailleurs lié aux troubles apportés dans ces cas par une compression uni ou bilatérales des vaisseaux du cou. Ajoutons d'ailleurs, que dans le cas de pendaison complète avec lien à position symétrique, la perte de con-

naissance est suivie de mort rapide, puisque vaisseaux et voies respiratoires sont rendus complètement imperméables et les deux mécanismes dans ce cas s'associent.

Tous ces phénomènes étudiés se traduisent d'ailleurs chez le pendu par des réactions diverses que nous allons étudier — que nous connaissons non seulement parce que l'on a pu les constater de visu en assistant à une pendaison mais aussi par les récits des pendus rappelés à la vie et surtout par les expérimentateurs, les amateurs ou les acrobates professionnels de la pendaison. La scène est d'ailleurs des plus variables suivant les circonstances, particulièrement dans la pendaison accidentelle (degré de violence variable — pendaison complète ou incomplète, etc...). La scène complète de la pendaison qui se réalise cependant dans la plupart des cas a été divisée schématiquement par TARDIEU, TOURDES... en 3 périodes : période initiale, période convulsive, période terminale (asphyxique ou de mort apparente).

1° La première période a été décrite par MINOVICI après des expériences personnelles que nous avons déjà rapportées longuement.

« Cette période, écrit-il, nous donne chronologiquement les symptômes suivants : rougeur à la face allant parfois à la cyanose (ce que l'on constate quand la boucle ne fait pas complètement le tour du cou, c'est-à-dire quand l'oblitération du cou ne se fait pas bien), une sensation de chaleur au visage, sifflements dans les oreilles avec perte de l'ouïe, en certains cas (suivant que la pendaison est complète ou non), troubles dans la vue, apparition de lumières fugitives dans le champ visuel (vision d'étincelles, d'éclairs) ». Tous ces phéno-

mènes pour les classiques (TOURDES, PELLEREAU) se passent sans douleur. Certains ne sont pas de cet avis, ainsi MINOVICI écrit qu'au cours de ses expériences personnelles « nous avouerons de terribles douleurs dans la région du cou », il ajoute cependant « qu'en ce qui concerne la position incomplète nos propres expériences nous ont permis de nous convaincre » que nous pouvons en effet mourir sans éprouver de douleurs.

C'est alors que les pendus entreraient en érection et éprouveraient des sensations voluptueuses. Nous avons déjà parlé brièvement de cette question, phénomène cadavérique ou vital : défendue par les uns (GUYON, BROUARDEL, DEVERGIE), attaquée par les autres (ORFILA, TARDIEU, PELLEREAU). « Aucune observation scientifique ne vient confirmer cette opinion populaire » écrit Monsieur le Professeur BALTHAZARD.

Après avoir éprouvé toutes ces sensations le sujet incapable de crier, d'appeler au secours (phénomène très important dans le cas de pendaison accidentelle) présente le phénomène capital (survenant plus ou moins rapidement ainsi que nous l'avons déjà vu), la perte de connaissance — surprenant les expérimentateurs, ainsi que nous le verrons et permettant d'expliquer pourquoi des individus pendus accidentellement (ne voulant donc pas mourir) ne peuvent faire aucun mouvement pour desserrer le lien lorsque celui-ci s'est rompu et qu'ils sont tombés à terre. D'ailleurs même avant la perte de connaissance, durant ces sensations de congestion du visage, ses impressions visuelles, tous les phénomènes de compression décrits, produits par la pendaison, déclenchent un étal tel que nous comprenons pourquoi

le pendu accidentel ne peut se sauver. Ainsi MINOVICI écrit : « C'est si vrai que pendant une des douze séances de pendaison complète, où nous étions nous-mêmes suspendu à deux mètres du sol, faisant le signe conventionnel pour nous descendre, un de nos assistants qui tenait le bout de la corde à laquelle nous étions suspendu, voulut nous prendre dans ses bras de peur que nous tombions et par imprudence ou par hâte, oublia de lâcher la corde de sorte que bien que nous nous trouvions dans ses bras, nous avons failli perdre connaissance, puisque nous ne pouvions même pas dénouer la boucle qui nous enserrait le cou ». Nous avons vu que le temps qui s'écoule dans cette première période avant la perte de connaissance est extrêmement variable, parfois il peut se produire une syncope immédiate (inhibition ou lésions bulbaires) ou bien la perte de connaissance ne survient qu'après quelques secondes (de 5 à 50 dit MINOVICI — deux minutes dit FLEISCHMANN — (les avis sont très partagés à ce sujet). En étudiant la réalisation de cette période avant la perte de connaissance, nous nous rendons compte comme nous l'avons déjà fait d'ailleurs, de sa valeur pour permettre non seulement de croire à la possibilité de la pendaison accidentelle mais encore de s'expliquer cette possibilité.

2° La deuxième période commence alors. Dès que la perte de connaissance est complète, surviennent les convulsions siégeant d'abord à la face (les muscles de la face et des yeux se convulsent — bonnet rabattu sur le visage des pendus) puis les membres supérieurs et inférieurs sont animés de mouvements convulsifs — prouvés par le désordre de certains objets entourant les pendus, les ecchymoses au niveau des membres et le véritable

« roulement de tambour » dû aux battements des pieds contre l'objet fixe le plus rapproché (particulièrement signalé au moment de l'épidémie de suicide à la prison de Mazas) ; ce dernier point mérite d'être mentionné puisqu'il pourrait éveiller l'attention de personnes voisines, ce qui serait particulièrement intéressant dans un cas de pendaison accidentelle (ce que nous n'avons pu trouver signalé). Ajoutons d'ailleurs que si la mort survient particulièrement vite, les convulsions peuvent ne pas se produire. MINOVICI écrit à ce sujet : « Si nous admettons la mort par inhibition, pourquoi n'admettrions nous pas que la pendaison puisse avoir lieu sans convulsions ».

3° La troisième période est celle à laquelle succède la mort. Dans cette période interviennent aussi des phénomènes des deux autres périodes et tous ne font que contribuer à déterminer la mort. Le pendu présente « la cessation apparente de la respiration, de la circulation, avec relâchement des sphincters, perte des matières fécales et de l'urine ». Ce dernier point soutenu particulièrement par DEVERGIE est nié par la majorité des auteurs TARDIEU, BROUARDEL, HOFMANN, JACQUEMIN. Cette période est la période de mort apparente, appelée ainsi parce que les individus découverts dans cette période peuvent encore courir la chance d'être rappelés à la vie.

En combien de temps meurt donc un pendu ?

Tout d'abord étudions rapidement les phénomènes de survie. Certains pendus peuvent être ranimés, sans qu'ils reprennent connaissance (cas du pendu de Raab rapporté par le Dr SIKOR, survivant durant 22 heures après une pendaison de justice ayant duré 11 minutes),

d'autres reprennent connaissance, mais meurent rapidement, enfin chez d'autres la survie est définitive s'accompagnant d'une série de troubles locaux (sillon inconstant d'ailleurs — aphonie et dysphagie — congestion pulmonaire ou pneumonie ou broncho-pneumonie), et d'une série de troubles généraux (état de sopor — convulsions toniques ou cloniques — paralysie de la vessie et du rectum — aphasia — paralysies diverses, enfin état confusionnel, dépression, agitation maniaque, enfin et surtout amnésie simple ou rétro-antérograde ou antérograde).

La plus grande majorité des ces phénomènes trouvant une explication dans ce que nous avons déjà écrit au sujet des causes et du mécanisme de la mort, notion de survie qui entraîne à étudier alors la question curieuse du temps qui est nécessaire à la production de la mort.

FODÉRÉ écrit : « Comme l'a fort bien remarqué Antoine PETIT tous les pendus ne meurent pas par l'effet d'une seule et même cause et c'est pour cette raison qu'ils ne meurent pas tous, pendant le même laps de temps. Il en est qui meurent presque aussitôt qu'ils sont suspendus, d'autres meurent plus tard. On en a vu qui sont restés suspendus pendant plusieurs heures sans perdre la vie. Cela dépend des diverses manières de placer le lacet, de le nouer et de le serrer. On comprend aussi que l'âge et le tempérament du patient, la texture plus ou moins forte de son cerveau, la résistance plus ou moins grande des tuniques des vaisseaux et des ligaments inter-vertébraux, la plénitude plus ou moins grande des vaisseaux, de même que le poids plus ou moins considérable du corps causeront une certaine différence dans la cause immédiate de la mort et dans

l'espace du temps qu'il faudra employer pour faire perdre la vie à un individu ».

L'appréciation de ce temps dépendant du mode de pendaison (si elle est ou non complète) ainsi que de la position du lacet (si celui-ci fait ou non le tour du cou en obliquant les vaisseaux et la trachée, totalement ou en partie) il s'ensuit qu'il y aura variation en ce qui concerne le temps après lequel surviendra la mort. Il est curieux de penser qu'en dehors de mort subite (par inhibition?) des sujets ne peuvent être rappelés à la vie après une pendaison d'une minute (cas emprunté à BRIERRE DE BOISMONT par TARDIEU : femme se pendant en présence de sa sœur et mourant dans le temps que met celle-ci à s'approcher du lit, notion capitale à connaître afin de comprendre les pendaisons, accidentelles ou mortelles, survenant en présence de témoins). Les cas de mort particulièrement rapide ou particulièrement lente sont très nombreux et il serait fastidieux de les rapporter ici.

De cette résistance si variée des individus à la pendaison il ressort qu'on n'a pas encore pu préciser le laps de temps après lequel meurt un sujet. Le Professeur BROUARDEL dit : « La durée de la pendaison mortelle est si variée qu'il est presque impossible de déterminer même approximativement le temps pendant lequel un individu doit rester suspendu pour que la mort s'ensuive ».

La cause de cette survie plus ou moins longue des pendus doit être recherchée dans le mécanisme de la mort en dehors de la notion de résistance spécifique dont nous venons de parler. Ce mécanisme est complexe puisque la mort du pendu peut provenir « du cœur, de la cervelle ou du poumon. Par suite ce temps dépendra de la manière dont mourra l'individu, c'est-à-dire par le

cœur (inhibition, quand il s'est arrêté brusquement) ou par syncope, c'est-à-dire anémie cérébrale, ou par asphyxie à cause de l'obstacle à la pénétration de l'air dans les poumons. Dans le premier cas la mort est très rapide, dans le second elle se prolonge quand le cœur reste *ultimum moriens* ».

Ces actions sont particulièrement importantes à connaître en étudiant la pendaison accidentelle, car les pendaisons accidentelles sont celles qui ont le plus de chance d'avoir lieu devant des témoins qui accourant plus ou moins rapidement auront quelques chances de sauver la victime.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

Nous allons maintenant étudier les cas de pendaison accidentelle qui nous permettront au fur et à mesure qu'ils se dérouleront, de couvrir dans ces cas particuliers les notions générales que nous venons d'envisager. Nous les diviserons en cinq groupes :

Premier groupe. — Nous distinguerons un groupe spécial pour les cas de pendaison accidentelle survenant à l'occasion de thérapeutique.

MINOVICI rappelle que l'on a constaté quatre cas de mort par pendaison, dûe à un appareil de pendaison inventé pour combattre l'ataxie locomotrice et autres maladies nerveuses.

On nous a signalé également, sans que nous puissions donner plus de détails sur ce cas que sur les autres, le cas d'un jeune homme s'étant pendu dans un escalier, sous prétexte d'une t hérapeutique. Ajoutons d'ailleurs que la victime de l'accident était en position de pendaison incomplète (presque couché).

Deuxième groupe. — Nous distinguerons dans ce groupe les cas de mort par pendaison accidentelle survenue à des acrobates qui simulent en public la pendaison. Deux cas sont restés classiques :

En 1840 un plongeur américain qui avait l'habitude de faire des démonstrations publiques de pendaison et qui les avait fréquemment accomplies auparavant, en prenant soin de placer le lien de telle façon qu'il évitait la compression des carotides, mourut au cours d'une de ces démonstrations en présence du public qui le laissa pendu 13 minutes avant d'intervenir, croyant qu'il prolongeait l'acrobatie volontairement. On ne l'apporta que 33 minutes après à l'hôpital où l'on constata la mort. Il est probable qu'au cours de l'exercice un léger changement dans la position du lien au-dessous de la mâchoire inférieure amena sur le cou entre le menton et le larynx, une compression assez forte pour amener la mort. Ce premier cas confirme ainsi que les suivants d'ailleurs, ce que nous avons écrit sur le mécanisme de la mort dans la pendaison : le lien a comprimé les vaisseaux du cou amenant un étal tel que la victime n'a pu réagir ni par la voix, ni par un geste adressé au public qui le regardait.

A. S. TAYLOR parle d'ailleurs d'un autre cas ressemblant à celui-ci et venant le confirmer : « la manière très indidieuse dont une personne passe de vie à trépas est bien démontrée par le rapport du cas de Hornshaw publié par le Docteur CHOWNE. Cet homme était en trois occasions revenu à lui après sa pendaison, que, comme Scott, il avait fait (à Londres) pour le plaisir du public. Il déclara que la dernière fois, il perdit les sens presque tout de suite; il lui semblait qu'il ne pouvait pas avoir sa respiration et qu'un grand poids était attaché à ses

pieds, il sentait qu'il ne pouvait mouvoir ni ses mains, ni ses pieds pour se sauver et que la faculté de penser lui faisait défaut ».

Nous trouvons rapporté ici de façon très nette la notion d'impossibilité de faire un geste, la victime se trouve dans un état tel qu'il semble (même lorsqu'il n'y a pas perte totale de connaissance) que toute volonté, toute activité du système nerveux est abolie, puisque même l'instinct de conservation semble totalement absent.

Ajoutons d'ailleurs que de nombreux auteurs ont conclu de ces expériences que le sujet ne souffrait pas. La réponse à cette question douleur présente de grosses difficultés. Il existe probablement des cas où l'individu pendu ne souffre pas, des cas où l'individu souffre. Nous avons parlé de perte de la mémoire due à la pendaison : l'individu ne se souvient peut-être pas parfois qu'il a souffert dans des cas de pendaison dépassant la perte de connaissance ? Ainsi que nous l'avons vu, MINOVICI affirme d'ailleurs que la souffrance est dans certains cas telle, « qu'elle rendait impossible la prolongation des expériences ».

Troisième groupe. — Nous signalerons dans ce groupe les cas de pendaison accidentelle chez des individus désirant connaître les sensations éprouvées durant la pendaison, dans un but de curiosité.

Nous n'étudierons pas ici des expérimentations scientifiques, nous en avons parlé déjà longuement (particulièrement de MINOVICI). Ajoutons que nombreux sont ceux qui pour trouver une confirmation à leur opinion ou pour prouver l'erreur d'un confrère, se sont pendus ou ont trouvé auprès d'eux des collaborateurs qui accep-

taient de se pendre. Ce sont grâce à ces expériences qui ont failli parfois être fatales, ainsi que nous l'avons vu, que l'étude de la pendaison s'est complétée et enrichie de notions nouvelles. Si dans ces cas nous ne trouvons pas signalés de cas de mort par pendaison accidentelle, c'est que les expérimentateurs particulièrement qualifiés étaient entourés de gens connaissant également tous les dangers de cette expérimentation, et en évitant ainsi les conséquences graves.

Le chancelier Bacon avait connu un gentilhomme à qui il prit fantaisie de savoir si ceux que l'on pend souffrent beaucoup, il en fit alors l'épreuve sur lui-même. S'étant mis à cet effet une corde autour du cou, il s'accrocha après être monté sur un petit banc qu'il abandonna dans l'expérience de pouvoir remonter dessus quand il le voudrait, « ce qui lui fut impossible par la perte immédiate de connaissance ». Cette expérience aurait été tragique si un ami survenu par hasard « ne fut entré heureusement pour interrompre la scène ».

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce cas c'est la proximité d'un banc très accessible où le sujet ne peut remonter par perte immédiate de connaissance. Celle-ci a peut-être été immédiate (nous savons que cela est possible), mais elle a peut-être paru d'autant plus immédiate à l'expérimentateur, qui, ignorant ce phénomène, a été surpris, croyant peut être à une mort lente par simple imperméabilité des voies aériennes survenant progressivement et lui permettant d'analyser l'intensité plus ou moins prononcée de la douleur et de se hisser sur son banc quand il le voudrait.

Ce qui semblerait donner prise à cette hypothèse, c'est que le chancelier Bacon ajoute : « Celui qui s'y était exposé avait seulement aperçu devant ses yeux une

espèce de flamme qui s'était peu après changée en obscurité, c'est-à-dire qu'il ne voit plus rien jusqu'à ce que son ami l'eût secouru ». Les sensations visuelles décrites par tous les expérimentateurs se retrouvent ici, et puisque ce gentilhomme les a éprouvées, il a probablement perdu connaissance après un délai de quelques secondes, durant lesquelles a pu se produire la suite de phénomènes précédemment décrits, durant l'étude du mécanisme de la mort par pendaison.

FODÉRÉ rapporte un cas identique venant confirmer et compléter celui-ci : « Autant en arriva à un de mes compagnons d'études. Nous nous étions occupés pendant le dîner, de la cause de la mort des pendus. Voulant, lorsqu'il fut seul, éprouver par lui-même, ce qu'il en était et, croyant se délivrer quand il le voudrait, il se passa un ruban autour du cou, et s'accrocha à un clou qu'il y avait derrière la porte, en se soulevant d'abord sur la pointe des pieds puis en se laissant aller sur les talons. Heureusement qu'un de nos camarades entra bientôt après et le détacha. Il était sans sentiment et il ne revint à lui qu'après quelques secondes. Il nous apprit qu'il avait d'abord eu un éblouissement et qu'ensuite il n'avait plus rien senti ».

Parfois une curiosité peut pousser un individu à se pendre « pour voir ». Ainsi TAYLOR rapporte le cas d'un enfant de 14 ans qui se pend, après avoir été témoin d'une exécution. Il aurait déclaré qu'il voulait connaître les sensations d'un pendu.

Enfin nous avons vu que l'on avait beaucoup parlé durant un certain temps d'érection accompagnée de sensations voluptueuses durant la pendaison. Cette notion assez connue dans la foule ne peut-elle pas avoir poussé quelques impuissants à se pendre dans un but érotique,

espérant éprouver des sensations à jamais perdues, en se pendant de façon à pouvoir se détacher aussitôt après — de façon à retirer de la pendaison ses avantages (hypothétiques — pour ne pas dire faux, d'ailleurs !) et ne pas avoir à en subir le gros inconvénient. Madame Marie BONAPARTE dans son étude psychanalytique d'Edgard Poë étudie cette question d'une telle façon qu'elle mérite d'être signalée :

« Pourquoi Poë a-t-il soumis son burlesque héros justement au supplice de la pendaison et pourquoi a-t-il remplacé la mort du pendu par un délire d'opiomane ? Si d'aucuns trouvent ces questions oiseuses et ne voient là qu'une simple fantaisie désordonnée du conteur, c'est qu'ils méconnaissent, comme le font d'ailleurs la plupart des hommes, le déterminisme psychique profond qui s'étend jusque dans l'inconscient.

Or la pendaison sous tous les climats et dans tous les temps, semble-t-il, a même renommée : de là sans doute dans le folklore, l'association de la mandragore, cette racine à forme vaguement humaine, si en vogue dans la magie d'autrefois sur les pendus. On dit encore que de vieux messieurs recouraient encore à de demi-pendaison dans l'espoir de ranimer leurs érections défaillantes. Et l'idée de soumettre Monsieur Manque d'Haleine l'impuisant à la pendaison, ceci justement comme il vient de subir de la part du chirurgien une multicastration viscérale symbolique, correspondrait à une protestation, à une revanche de l'inconscient de Poë se rattribuant le phallus.

Et la façon dont le pendu supporte sa rephallisation est de même ordre. Il éprouve des délices, c'est entendu, mais ce sont des délices de l'orgasme pharmaco-toxique de l'opium.

Écoutons Monsieur Manque d'Haleine au moment même où il est pendu, c'est-à-dire rephallisé : « J'entendais mon cœur battre avec violence ; les veines de mes mains et de mes poignets gonflaient presque à éclater ; mes tempes battaient en tempête et je sentais que mes yeux sortaient de leurs orbites ». Il y a allusion inconsciente à l'érection, à l'afflux de sang dans les corps bullo-caverneux. Cette sensation de gonflement devient d'instant en instant plus pénible par un retournement de l'affect classique chez les névrosés où la volupté s'est muée par le refoulement en angoisse. »

Nous avons cité longuement cet ouvrage, parce que nous trouvons dans cette citation, confirmation de la croyance populaire de la pendaison provoquant des sensations voluptueuses (mentalité ici décrite et analysée avec détails) nous y trouvons également cette hypothèse que des impuissants ont pu y recourir pour vaincre leur infirmité.

D'ailleurs M. Tenneson écrit : « Il court dans le monde certains récits sur les sensations voluptueuses que ressentent les pendus. Ces récits n'ont aucun fondement, mais ils n'en séduisent pas moins quelques-uns et les poussent à se pendre un peu pour voir. Plusieurs se sont ainsi pendus pour tout de bon, sans le vouloir. » Il exprime ainsi de façon formelle la notion de pendaison accidentelle dans un but érotique. Il ajoute à ce sujet : « Il y a quelque temps nous avons été appelé à donner nos soins à un vieillard qui s'était pendu et que ses voisins sauvèrent à temps. Cet homme avait entendu dire que ceux qui se pendent éprouvent des sensations voluptueuses. Comme cela ne lui était pas arrivé depuis longtemps, il avait essayé de mettre ce moyen en pratique. Par malheur pour lui ce système ne lui réussit pas, car il

nous a déclaré à grand regret n'avoir éprouvé aucun plaisir. » Ajoutons d'ailleurs que nous n'avons pas trouvé d'observation précise de cas de mort par pendaison dans un but érotique. Mais ce que nous avons écrit suffit pour nous faire supposer qu'ils ont existé : un sujet désirant ardemment éprouver des sensations voluptueuses se pend après avoir pris toutes les précautions pour cesser cette pendaison dès qu'il les aura éprouvées, il est surpris par la perte de connaissance et est incapable de se sauver seul lorsqu'il comprend trop tard qu'il est en danger, étant d'autant plus en danger que dans ce cas de mort par pendaison, accidentelle, il se trouve (comme dans une pendaison suicide en général) sans témoins (ceux-ci auraient été gênants durant ces sensations voluptueuses désirées, qu'il aura cherchées à réaliser en cachette).

Quatrième groupe. — Dans ce groupe, nous distinguons les cas où des personnes se sont pendus, volontairement, sans chercher la mort qui survient accidentellement, soit afin d'effrayer d'autres personnes et qui, par ignorance, ont été surprises par la perte de connaissance, la mort subite, ou ont été parfois les victimes de l'affolement des personnes témoins tellement effrayées qu'elles ne pensaient pas à détacher les pendus volontaires (mais morts accidentels), soit enfin dans un esprit d'imitation morbide. Le plus souvent nous trouvons des cas de ce genre chez les enfants. Nous remarquerons d'ailleurs que la plupart des cas ont lieu chez des enfants, ainsi qu'en témoignent les opinions de tous les médecins légistes.

MASCHKA signale le cas d'un enfant qui se pend par menace. Dans un lycée, l'enfant mis au cachot se pend

au moment où le gardien lui apporte son repas (donc non pas pour se donner la mort, mais certainement pour effrayer le gardien et, en créant cet incident, se venger de ceux qui l'ont puni). Le gardien voit l'enfant se débattre; obéissant à un préjugé stupide, il n'ose couper la corde, il appelle au secours, et lorsqu'on porte secours à l'enfant, celui-ci est mort.

En 1874, le D^r ELLIOTT rapporte le cas d'un enfant de 12 ans qui, pour effrayer ses parents, se suspend à l'anse incomplète formée par son mouchoir — accroché au bouton d'une porte. Il meurt rapidement. Nous avons d'ailleurs vu dans les expériences de MINOVICI qu'une anse incomplète peut provoquer une compression suffisante du cou pour causer la mort.

Nous avons également déjà cité le cas d'un enfant, qui se pendit après avoir assisté à une exécution par pendaison, afin de voir, dit l'auteur, quelles sont les sensations éprouvées par les pendus. Si l'auteur n'avait pas ajouté cette phrase, nous aurions placé ici cette observation, car l'explication de ce geste aurait été trouvée de façon très logique, dans le besoin d'imitation qui hante tout enfant (particulièrement pour un fait qui l'a frappé).

Le professeur BROUARDEL cite le cas d'une fillette qui, ayant vu son frère faire de la gymnastique, voulut l'imiter, et comme elle avait autour du cou une corde formant lacet, elle resta pendue et mourut.

Cinquième groupe. — Nous arrivons alors aux pendaisons accidentelles vraies, celles où la tête du sujet s'engage par accident dans un objet auquel il reste pendu. Ce sont les cas de mort par pendaison accidentelle et non pas de mort accidentelle par pendaison.

De nombreux auteurs en relatent brièvement des cas :

LIMAN cite le cas d'un enfant âgé d'un an qui en tombant de son lit y resta pendu et mourut.

MINOVICI cite le cas d'une fillette de 13 ans qui se pendit dans les conditions suivantes : la fillette avait lié à un cerisier qui se trouvait dans la cour en face de la maison une corde qui lui servait de balançoire. La corde s'étant brisée, il n'en restait plus qu'un bout dont elle s'entourait la taille pour se balancer. Le terrain qui était au pied de l'arbre était plus incliné que dans le reste de la cour. Un soir, vers 10 heures, la fillette sortit de la maison avec l'intention de se balancer. Mais au moment où elle passait la tête dans le lacet pour l'adapter ensuite à sa taille, elle glissa sur la pente assez longue et couverte de boue (car il avait plu quelques heures auparavant) et elle resta pendue.

TARDIEU cite le cas d'une fillette de 13 ans, qui en se balançant sur une escarpolette se prend la tête dans le nœud coulant d'une corde attachée à une poulie et reste suspendue à une grande hauteur sans pouvoir être secourue à temps.

TOURDES cite le cas d'un enfant de 10 ans qui, en présence d'un camarade, se balance à un morceau d'étoffe attaché à un crochet; l'étoffe se contourne autour du cou, et il meurt devant son petit camarade qui croit à une plaisanterie.

MASCHKA signale le cas suivant :

Aux environs de Prague, on veut, à l'occasion d'une fête, orner une auberge de guirlandes; on dispose à cet effet une corde munie d'une anse et la corde est suspendue à une fenêtre. Un jeune homme monte à une échelle pour passer la guirlande dans l'anse, l'échelle glisse; le

jeune homme tombe; dans sa chute, son cou vient s'engager dans l'anse et la pendaison en résulte.

ZULCH, cité par STRASSMANN, a connu un cas de pendaison accidentelle :

Un enfant de 13 ans monte à reculons à une échelle pour regarder dans la rue si son père qu'il attendait ne vient pas. Au-dessus de l'échelle, dans la paroi du mur, était fixé un crochet; l'enfant glisse, le foulard qu'il portait autour du cou se prend dans le crochet et l'enfant se trouve ainsi pendu.

TOURDES cite également le fait suivant :

« Un enfant de 13 mois est trouvé pendu la tête fléchie contre la poitrine, accroché par le cou à une lisière qui avait servi à le maintenir dans son lit pendant l'absence de sa mère; il y avait eu émission d'urines et de matières fécales; l'autopsie fit reconnaître les signes de l'apoplexie; la compression du cou avait été si faible qu'elle n'avait pas laissé de traces sur la peau. »

Cette courte observation est particulièrement intéressante, parce qu'elle prouve qu'il ne faut pas attacher au sillon une importance aussi grande que l'on a voulu le dire. Nous avons déjà vu que lorsqu'il existe, il ne faut pas lui attribuer trop d'importance (discussion par M. PIÉDELIEVRE au sujet du sillon, présenté par un enfant durant longtemps, malgré la légère et courte striction du cou par le lien). Nous avons vu que parfois un pendu ne présente pas ou présente très peu de trace de striction au niveau du cou et qu'il faut savoir ne pas conclure à la non pendaison, par suite de l'absence de ce sillon.

Ces observations de pendaison accidentelle ont l'avantage de nous confirmer 2 points :

Le premier, c'est que les cas de pendaison accidentelle sont particulièrement fréquents chez les enfants ;

Le deuxième, c'est que ces cas présentent tous les mécanismes, qu'en général la pendaison accidentelle est une pendaison complète, s'accompagnant assez fréquemment d'une chute ou d'un mouvement assez brutal avant que le cou ne soit coincé de façon fortuite dans l'objet provoquant la striction du cou.

Enfin, nous terminerons la série de ces observations de pendaison accidentelle vraie par deux observations complètes qui exposeront non seulement les circonstances de l'accident, mais encore l'autopsie de la victime, observations qui viendront confirmer ce que nous avons déjà écrit, au sujet du mécanisme de la mort et des lésions présentées par le pendu.

« Asphyxie par suspension (mort, autopsie) », par le Dr E. LEUDET, de Rouen, professeur titulaire de clinique médicale à l'Ecole de Rouen.

ABIGAIL (EDWARD), marin anglais, est apporté le 14 septembre 1856 à l'Hôtel-Dieu de Rouen et placé dans la division chirurgicale de mon père. Les marins qui l'accompagnaient nous donnèrent les renseignements suivants :

Abigaïl était occupé, dans l'après-midi, dans les haubans d'un navire à arranger quelques cordages quand tout à coup une esparre se cassa sous son poids et l'entraîna ; une corde le retint suspendu par le cou et l'arrêta brusquement dans sa chute. Quand on parvint à le retirer de cette position fâcheuse, il n'avait pas perdu connaissance.

Apporté une heure environ après l'accident à l'Hôtel-Dieu, nous trouvâmes Abigaïl dans l'état suivant : face cyanosée, conjonctives très injectées, dyspnée considéra-

ble, pouls plein, fort et fréquent; la corde, qui s'est enroulée autour de son cou a laissé un large sillon d'un rouge un peu brunâtre; sensibilité de la partie antérieure du larynx à la pression; voix faible mais très distincte; murmure respiratoire faible dans les deux côtés du poumon; crachats sanguinolents. Saignée du bras de 500 g. Cataplasme sinapisé aux membres inférieurs. Dans la soirée, la dyspnée devient de plus en plus vive, la face est très cyanosée, ventouses scarifiées sur les deux côtés du thorax. Mort, le 18 septembre à 1 heure du matin.

Ouverture du cadavre 32 heures après la mort :

La face est gonflée; les téguments de tout le corps, principalement ceux de la face, sont cyanosés; du liquide spumeux rougeâtre s'écoule par la bouche; gonflement intense du cou et de toute la partie supérieure et antérieure de la poitrine; crépitation emphysémateuse dans cette étendue. A gauche du cou, la corde a laissé une impression marquée à 3 travers de doigt au-dessus de la clavicule, ecchymosant la peau et occasionnant un épanchement de sang abondant dans le tissu cellulaire sous-cutané; à droite, la ligne contuse qui marque le trajet de la corde se rapproche plus du maxillaire inférieur et a laissé une ecchymose au-dessous de l'angle inférieur droit de cet os. La peau n'offrait, du reste, aucune solution de continuité. Un large foyer sanguin existait au-dessous de la peau de la région antérieure du cou; il était limité en dehors par les 2 muscles sterno-cléido-mastoïdiens et renfermait du sang noirâtre et liquide.

Les 2 muscles sterno-cléido-mastoïdiens étaient rompus transversalement, le droit presque complètement, le gauche dans la moitié de son épaisseur, les gros vais-

seaux, artères et veines du cou, les nerfs ne présentaient aucune solution de continuité.

En avant du cartilage thyroïde existait une petite cavité dont les parois étaient formées par le tissu cellulaire décollé et les muscles rompus — elle communiquait avec la cavité du larynx par suite de la destruction de la membrane hyo-thyroïdienne.

Le corps de l'os hyoïde était sain — sa grande corne droite mobile tenait à peine au corps de l'os.

Les 2 grandes cornes du cartilage thyroïde sont fracturées près de leur base; l'une est presque détachée, l'autre ne tient au reste du cartilage que par son revêtement fibreux. La partie antérieure du cartilage thyroïde présentait en avant une fêlure au niveau de la scissure antérieure et supérieure cordiforme; cette fêlure ne descendait que sur la moitié de la hauteur du cartilage et avait une direction un peu oblique.

Le fibro-cartilage de l'épiglotte offrait à sa face postérieure une fissure transversale ne comprenant pas toute l'épaisseur de l'épiglotte et n'existant qu'à la face inférieure du fibro-cartilage.

Langue saine.

Les 2 poumons sont libres d'adhérences, un peu congestionnés, parsemés de quelques points ecchymotiques. Les autres viscères étaient sains; aucune altération des os du rachis.

Et le professeur LEUDET ajoute :

« M. MALGAIGNE, dans son *Traité de fractures* ne cite que peu de faits de fracture du cartilage thyroïde, et encore les observations de M. LADOZ, de MARJOLIN, doivent-elles être rapportées à une pression violente exercée par une main ennemie plutôt qu'à la suspension. Chez notre marin, il n'en a pas été de même; la frac-

ture est due à la pression de la corde, action à laquelle il faut joindre le poids du corps augmenté de la vitesse qu'il acquiert en tombant d'un lieu élevé et arrêté dans sa chute par en cordage enroulé autour du cou.

« Ce fait exceptionnel tire tout son intérêt de la possibilité des lésions aussi graves, sans altération profonde ou ulcération de la peau. »

Il existe d'autres points également intéressants dans cette observation. Tout d'abord, la survie relativement longue à cette pendaison — cependant très violente — ayant probablement duré assez longtemps (car il a dû falloir certainement cinq ou six minutes au moins aux témoins de l'accident pour détacher la victime suspendue dans les cordages). Il n'y a pas eu dans ce cas de perte de connaissance. D'autre part, LEUDET, après avoir signalé les lésions particulièrement importantes au niveau du corps thyroïde et de l'épiglotte, signale l'absence de lésions du rachis que nous nous attendions à trouver dans ce cas.

Enfin, nous terminerons cette série d'observations par un cas de pendaison accidentelle présenté par MM. les Docteurs DERVIEUX, PIÉDELÈVRE et LAUZIER :

Le 30 janvier 1922, à deux heures du matin, un commissaire de police, informé qu'une dame T... avait été trouvée morte à la porte de son logement, se rendait sur les lieux et faisait les constatations suivantes :

Dans la chambre à coucher, reposait sur le lit le corps d'une femme d'une soixantaine d'année. Un examen minutieux ne révélait aucune trace de violence, sauf autour du cou où l'on remarquait une empreinte large de deux centimètres. Le commissaire notait, en outre, que, dans la porte d'entrée du logement, était percé un trou par où passait une lanière permettant de faire jouer la serrure

intérieure. Pour permettre de manœuvrer cette porte en dehors, un fort clou à crochet, à angle droit, saillant de quatre centimètres, était fixé à l'huis à environ 0 m. 80 du sol. A ce clou qui servait en quelque sorte de poignée depuis des années était accroché un fichu de laine noire auquel adhérait les cheveux de la défunte. Une mèche de ces cheveux était à terre. Les deux pointes du fichu enfin étaient pendantes et une épingle de nourrice ouverte était encore fixée à l'une de ces pointes. Aucune trace d'effraction ou de lutte ne se révélait.

Des explications qu'il recueillit sur place, le commissaire de police conclut que la femme T..., prise de boisson et souffrante, était tombée en syncope devant sa porte et que son fichu, s'accrochant malencontreusement au clou à crochet, avait déterminé une véritable pendaison.

La disposition du jeune A..., treize ans et demie, pupille des époux T..., est, à ce point de vue, caractéristique et nous croyons utile de la résumer :

Le 29 janvier 1922, il quitte les époux T..., dans un débit où ils consommaient, se rend au théâtre et rentre vers minuit. Dans le couloir du palier, il butte d'abord dans T..., son père adoptif, accroupi dans une encoignure. « Il ronflait un peu, dit-il, ce qui ne m'a pas surpris, ayant été prévenu par G... (le tenancier du débit) que, pris de boisson, il l'avait reconduit jusque sur le palier. » Continuant à avancer, il heurte un autre corps, le touche dans ses mains et reconnaît le corps de sa mère adoptive. « Il était tiède, précise-t-il et en palpant le corps, j'ai pu me rendre compte que Mme T... était accrochée par son chignon et par le dos de son fichu à un fort clou à crochet fixé depuis longtemps dans la porte et qui sert à la manœuvrer du dehors. » Il explique que le dos et la tête étaient appuyés contre la porte, le corps

étant suspendu un peu au-dessus du sol par le fichu croisé sur la poitrine. « Dans la main droite, ajoute-t-il, j'ai trouvé le trousseau de clefs. » Puis il ouvre la porte en poussant fortement, ce faisant le corps tombe à terre dans l'entrebâillement. Sachant sa mère adoptive malade (emphysémateuse-cardiaque et sujette à des syncopes), il allume la lampe et essaye de la relever. N'y arrivant pas, il va chercher le tenancier du débit qui se rend compte aussitôt de la mort. « T... dormait toujours dans son coin », remarque le jeune A... On prévient le concierge qui va chercher les agents. On met le corps dans le lit. On réveille le mari, mais celui-ci sous l'empire de la boisson, tient difficilement debout et est absolument inconscient. Cette déposition est confirmée en tous points par d'autres témoins et en particulier par G..., le tenancier du débit qui ajoute que les époux T... étaient très unis, que T... était un homme très doux et que, lorsque vers 22 h. 30, il les a reconduits à leur domicile, ils paraissaient tous deux en état d'ivresse.

Bref, étant donné l'absence de traces de violences, l'ivresse, les syncopes fréquentes de la femme T... comme cardiaque, les dépositions concordantes, le commissaire de police conclut, comme nous le disions, à une pendaison accidentelle. Ce fut aussi l'avis du Docteur A... qui, sur réquisition du commissaire, examina le cadavre.

Commis comme expert par le Procureur de la République pour faire l'autopsie de cette femme, nous résumerons très brièvement nos constatations :

Lividités cadavériques massées aux membres inférieurs.

Sur la partie droite du cou, on distingue la trace d'un sillon large, mou, parcheminé, à bords mal imités, à la

partie moyenne duquel un pli d'un lien mou a déterminé par pincement la production d'une ecchymose cutanée longue et étroite. On ne distingue pas de ligne argentine dans le tissu cellulaire sous-cutané, pas d'ecchymose dans les muscles sterno-cleido-mastoïdiens, ni dans les muscles du larynx. La carotide droite porte une petite déchirure de sa tunique externe (lésion d'Amussat) au niveau de sa bifurcation à la hauteur d'une plaque d'athérome. L'os hyoïde est fracturé au tiers externe de sa partie droite. La grande corne droite du cartilage thyroïde est fracturée. Il existe une légère ecchymose pré-vertébrale dans la région cervicale inférieure.

Adhérences pulmonaires. Poumons congestionnés.

Cœur : les valvules aortiques à l'épreuve de l'eau se montrent insuffisantes. Des plaques d'athérome partiellement l'aorte au-dessus des sygmoïdes. Les coronaires sont peu perméables.

Péri-hépatite. Foie de 1.300 grammes. Petit infarctus sur la face convexe.

Reins scléreux et décolorés.

Analyse du sang : le dosage de l'alcool dans le sang (Technique du Professeur BALTHAZARD et de Mlle LAURENT) a montré qu'il existait une proportion de 3 cc. 08 d'alcool absolu par 1.000 cc. de sang. Les calculs effectués pour traduire cette quantité d'alcool absolu en volume de vin a montré que l'absorption d'alcool correspondait à 2 litres de vin.

En raison des données concordantes des dépositions et de celles de l'autopsie nous avons conclu que la mort de la femme T... avait été consécutive à une pendaison accidentelle survenue au cours de l'ivresse ».

Cette observation nous a paru particulièrement inté-

ressante parce que elle nous expose le cas d'une pendaison incomplète survenue de façon non douteuse par accident. L'étude des circonstances de l'accident y est complète et l'autopsie pratiquée vient illustrer ce que nous avons écrit à ce sujet.

CHAPITRE IV

CONSIDERATIONS MEDICO-LEGALES

Que découle-t-il de toutes ces observations? Quel en est l'intérêt médico-légal?

1° C'est que la pendaison-accidentelle est loin d'être impossible.

2° C'est qu'elle n'est même pas si rare que beaucoup le croient.

3° C'est qu'il faut des conditions spéciales pour qu'elle se produise :

A. — On court volontairement le risque **de cette** pendaison accidentelle (ce sont les observations relatées au sujet des expérimentateurs, des personnes qui par pure curiosité se pendent croyant pouvoir éviter des accidents : ami du chancelier Bacon par exemple, et qui, par la compression du lien, malgré les précautions prises ainsi que nous l'avons vu, se trouvent dans un état tel qu'elles ne peuvent se détacher).

B. — On a une profession qui fait courir le risque (ce sont les observations des acrobates se pendant en public

et qui, au cours de ces démonstrations, meurent pendus, parce que le lien s'est déplacé et qu'ils ont présenté alors une syncope ou un état tel qu'ils n'ont pu appeler à l'aide ou se sauver eux-mêmes).

C. — On est dans une situation telle que l'on présente une moindre résistance contre le danger :

1° On est ivre (cas de la vieille femme ivre mourant pendue au crochet de sa porte, en position de pendaison incomplète).

2° On est un enfant — nous avons vu que ce sont des cas particulièrement fréquents — (enfants se pendant par menaces, afin d'effrayer les personnes qui l'ont puni — enfant tombant d'un lit et restant pendu — enfants faisant de la gymnastique ou se balançant et restant pendus....)

D. — Enfin, parfois il faut une série de circonstances malheureuses se combinant de telle façon que la tête d'un individu s'engage de façon fortuite dans un objet auquel il reste pendu (observation du matelot restant pendu dans les cordages).

E. — Enfin le gros point dans la pratique, c'est de faire le diagnostic entre la pendaison-accidentelle, la pendaison-suicide et la pendaison-crime. Nous avons vu que l'autopsie nous permet de répondre à un certain nombre de questions : le sujet a-t-il été pendu vivant? La réponse à cette question permettant de savoir si le sujet est réellement mort de pendaison ou s'il y a homicide puis pendaison. Nous avons vu également que l'autopsie de la victime permet de dire de façon très approximative à quel moment a eu lieu la mort et combien de temps a duré la suspension. Elle permet également

(ainsi que nous l'avons vu dans les deux dernières observations) de confirmer les déclarations des témoins et les constatations sur les lieux (direction du sillon s'il existe — produit par un lien mou ou à petite section — traces de violences ou non... état d'ivresse, etc...).

Mais il faut préciser le point important : le diagnostic entre l'accident, le suicide ou le crime est uniquement une question d'enquête et de faits. TARDIEU écrit à ce sujet : « Ce sont précisément ces conditions que l'expert a le devoir de rechercher et de mettre en lumière. Il ne faut pas rejeter *a priori* la possibilité d'un suicide même dans un très jeune âge. Mais en tenant compte de cette possibilité le médecin-légiste puisera les éléments de sa conviction dans les circonstances où la pendaison s'est produite, les apprêts et les modes de suspension, le lieu, les accidents d'un jeu, le simulacre d'une exécution ». TARDIEU paraît donner au médecin légiste un rôle de juge et non pas un rôle de médecin légiste. Combien lui préférons-nous l'opinion de A. S. TAYLOR :

« Des preuves circonstanciées suffiront pour reconnaître une pendaison accidentelle, d'un suicide, ou d'un homicide. Le médecin expert doit se rappeler que c'est là une question ressortant strictement du jury. Ce n'est pas à lui de dire si un homme s'est pendu ou a été pendu par d'autres, *mais il doit simplement constater quand on le lui demande les circonstances médicales qui appuient l'une ou l'autre de ces présomptions.*

Le jury, sous la direction d'un juge, arrivera à une conclusion d'après l'ensemble des preuves médicales et non médicales ».

CONCLUSIONS

1° La pendaison-accidentelle, c'est-à-dire la mort au cours de la striction du cou avec suspension plus ou moins complète du corps, survenue indépendamment de la volonté, est possible, même relativement fréquente (plus fréquente que la pendaison-homicide).

2° Il faut distinguer les cas de :

A. — Mort accidentelle par pendaison (expérimentateurs, acrobates, curieux — parfois érotiques — enfants agissant par menaces, par imprudence).

B. — Mort par pendaison accidentelle, survenant à la suite d'une série de circonstances aboutissant de façon fortuite à l'engagement du cou dans un objet exerçant une striction par pendaison.

3° La pendaison-accidentelle provoque la mort par le même mécanisme que la pendaison-suicide (compression des vaisseaux du cou provoquant parfois syncope à rôle important dans la pendaison-accidentelle, compression des voies aériennes, compression des nerfs du cou...).

4° La pendaison-accidentelle provoque les mêmes lésions que la pendaison-suicide.

5° Le diagnostic entre la pendaison-accidentelle et les pendaisons-suicide ou homicide, est uniquement une question d'enquête et de faits... qu'infirmement ou que confirment plus ou moins les médecins légistes suivant le degré de lésions présentées par le sujet qu'ils ont à examiner.

Vu :

Le Doyen,
ROUSSY.

Vu :

Le Président de Thèse,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALTHAZARD. — Précis de Médecine légale, 1928, p. 185.
- BARON (Paul). — Mécanisme de la mort par pendaison (*Thèses de Paris*), 1893.
- BELLOC. — Traité de Médecine légale, p. 167 à p. 177.
- BONAPARTE (Marie). — Bibliothèque psychanalytique, « Edgar « Poë » (Denoël et Steel, Paris).
- BRIAND et CHAUDÉ. — Manuel de Médecine légale, T. I, 1879.
- BRONARDEL. — Pendaison, stangulation et submersion.
- CAEN (Louis-Lyon). — Violences agoniques dans un cas de pendaison (*Annales de Médecine légale*), 1926.
- CASPER. — Traité de Médecine légale, 1862, T. II., p. 346.
- CROUZON, DESOILLE et HENRION. — Troubles d'ordre neurologique consécutifs à la pendaison (*Annales Médecine légale*), 1930.
- DARRÉ. — Cas d'emphysème sous-cutanée du cou au cours de la pendaison (*Annales de Médecine légale*), 1932.
- DEVERGIE. — Médecine légale, p. 750.
- DERVIEUX. — Un cas de pendaison incomplète (*Annales de Médecine légale*), 1931.
- DERVIEUX, PIÉDELIÈVRE et MULLER. — Les lésions des carotides dans la mort par striction du cou (*Annales de Médecine légale*), décembre 1921, p. 251.
- DERVIEUX, PIÉDELIÈVRE, LAUZIER. — Un cas de pendaison accidentelle (*Annales de Médecine légale*), 1922, p. 305.

FLEISCHMANN. — Des différents genres de mort par strangulation (suspension), (*Annales de Médecine légale*), T. VIII, p. 412, Paris, 1832.

FODÉRE. — Traité de Médecine légale et d'Hygiène publique, T. III, p. 129 à 170, 1813.

HOFMAN. — Médecine légale, p. 357 et p. 798.

— Nouveaux éléments de médecine légale, traduits par E. LÉVY, Paris, 1881, p. 357, 437, 482, 796, 801.

— Position des pendus, 1878 (vol. 8), *Mélanges de Médecine légale*.

JANKOWICH et INCZE. — Hémorragies dans les ganglions lymphatiques du cou au cours de la mort par pendaison (*Deutsch. Zeitsch. f. gerich. Médiz.*), 1932, p. 122.

LAROCHE. — De la pendaison, de la tentative de pendaison (*Thèses de Paris*), 1863.

LÉVY (Emmanuel). — Contribution à l'étude des causes de la mort dans la pendaison et la strangulation (*Mélanges de Médecine légale*), 1879.

LEUDET (E.) (de Rouen). — Asphyxie par suspension accidentelle (*Archives générales de Médecine*), 1857, T. I, p. 479).

LEGRAND DU SAULLE. — Traité de Médecine légale, 1874, p. 1063; 1886, p. 1095.

MAHON. — Traité de Médecine légale, 1801, T. III, p. 38 à 64.

MARTIN (Etienne). — Mécanisme de la compression des carotides dans la pendaison (*Annales de Médecine légale*), 1930, p. 565.

— Lésions de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde (*Annales de Médecine légale*), 1933.

MINOVICI (Nicolas S.). — Etude de la pendaison (*Archives d'Anthropologie criminelle*), Paris, 1905.

ORFILA. — Traité de Médecine légale, 1836, T. II, p. 398.

— Mémoires sur la pendaison (*Annales*), 1839, T. XXI, p. 460.

PELLIER (J.-L.-Henri). — Contribution à l'étude médico-légale de la pendaison (*Mélanges de Médecine légale*), 1883.

- PIÉDELIÈVRE. — Discussion au sujet de l'observation de MM. CROUZON, DESOILLE et HENRION (*Annales de Médecine légale*), 1930.
- PRINCETEAU. — Le corpuscule retro-carotidien au point de vue de ses connexions vasculaires et nerveuses chez l'homme (*Journal de Médecine de Bordeaux*), 8 octobre 1899.
- TAMASSIA (A.). — Rôle des pneumogastriques dans la mort par pendaison (*Reggio*), 1880.
- TARDIEU (A.). — Etude sur la pendaison et la strangulation, p. 121.
- TAYLOR (A. S.). — De la cause de la mort des pendus (*Annales*), T. XVI, p. 385, 1836.
- Traité de Médecine légale, traduit par COUTAGNE, Paris, 1881, p. 447.
- TENNESSON. — A propos d'un cas de pendaison (*Annales d'Hygiène*), 1874, T. XLII, p. 161.
- THOINOT (L.). — Précis de Médecine légale, 1913, T. I, p. 638.
- THOMAS (J.). — De la pendaison (*Thèses de Paris*), 1893.
- TOURDES (G.). — Dictionnaire des sciences médicales, T. XXII, p. 512.
- VERSE. — Pendaison incomplète ou ratée et accidents consécutifs (*Thèse de Lyon*), 1891.

Imprimerie LABOR
20, Rue Delambre
== PARIS - XIV* ==

257